

様式第1号(第4条、第5条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格(認定・更新)申請書

年 月 日

田布施町長殿

住 所 田布施町～

申請者

氏 名 申請者

印

TEL(0820-00-0000)

上記の通り申請・届出いたします。また当該申請に関して町が必要な公簿などを確認することを承諾します。

						世帯番号	
	区分	(フリガナ) 氏 名	続 柄 区 分	生 年 月 日	性別	受給者番号 個人番号	資格認定年月日 資格喪失年月日
対象者	①	親氏名	父or母	〇〇年〇〇月〇〇日			
	②	子氏名	子	〇〇年〇〇月〇〇日			
		子氏名	子	〇〇年〇〇月〇〇日			
住 所							
③対象者となった事由 及びその年月日							
④加入 医療保険 の内容	被保険者				保険者番号		
	住 所				保険者名称		
	保険種別				所在地		
	記号				付加給付の有無 無		
	資格取得日						
[事務処理欄] 認定年月日 年 月 日				医療証交付年月日 年 月 日			
医療証有効期間		年 月 日 から		年 月 日			
資格審査 ①認定 ②却下()							
公 簿 認 定	戸 籍 <input type="checkbox"/> 生 保 <input type="checkbox"/> 他制度医療 <input type="checkbox"/> 所 得 <input type="checkbox"/> 住民票・外人登録 <input type="checkbox"/>		年度 所得状況	本 人	配偶者	扶養義務者	
			控除後の所得額	円	円	円	
			控除対象親族等	人	人	人	
			限 度 額	円	円	円	

(裏 面)

福祉医療費申請(受給)にあたっての同意事項

- 1 福祉医療費受給者証交付及び更新要件確認のため、申請者(受給者)の所得状況を調査すること。
- 2 医療の給付が行われた場合、高額療養費算定基準額及び一部負担金の確認のため、被保険者の世帯の課税の状況を調査すること。
- 3 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について町長に委任すること。
- 4 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けた場合、町の過払い相当額を町に返還すること。
- 5 保険者に対して、医療の給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を町が確認すること。
- 6 申請者及び被保険者が田布施町ひとり親家庭医療費助成要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。

※上記1により収入の状況が公簿により確認できない場合は、収入の状況を記載した書類で町長が必要と認めるものを提示してください。